Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung
des Allerheiligen Hospitals zu Breslau
Primärarzt: Prof. Dr. Hannes

Zur Kasuistik der intraabdominalen Corpus-luteum-Blutungen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie

bei der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau
vorgelegt von

Albert Züllich, approb. Arzt

Breslau 1930
Druck Anton Schreiber, Breslau

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

I. Berichterstatter: Professor Dr. Hannes

II. " Professor Dr. Fraenkel

.....

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546319_0185

Noch vor wenigen Jahren wurden intraabdominale Blutungen aus Corpus luteum Cysten zu extremen Seltenheiten gerechnet. 1913 konnte Hedde nicht mehr als 14 derartiger Fälle zusammenbringen. Mit der näheren Kenntnis des Krankheitsbildes sind aber die Veröffentlichungen wesentlich an Zahl gestiegen. Trotzdem wird die Diagnose Corpus-luteum Blutung von verschiedenen Forschern angezweifelt, weshalb es berechtigt erscheint im folgenden 2 derartige Fälle mitzuteilen, die im Allerheiligen-Hospital zu Breslau beobachtet worden sind, davon einer in der Frauenabteilung, Leiter Herr Prof. Hannes, einer in der chirurgischen Abteilung, Leiter Herr Dr. Simon.

1. Frau A. St., 30 Jahre alt. Aufgenommen 30. 8. 1929. Anamnese: Pat. ist verheiratet, von Beruf Bedienungsfrau. Sie hat vom 13. Lebensjahre ab regelmäßig alle 4 Wochen 3 Tage lang menstruiert, zuletzt vom 18. bis 20. August in gleicher Stärke wie sonst und zur rechten Zeit. In den Jahren 1920, 1923 und 1927 hat sie normale Geburten durchgemacht. 4 Tage nach der letzten Regel, also am 24. 8., trat eine ganz geringe Blutung aus dem Genitale auf. Als sich Pat. am 27. 8. per Rad auf dem Wege zur Arbeitsstelle befand, stellten sich ganz plötzlich starke Schmerzen, besonders im r. Unterbauch ein. Es wurde ihr schwarz vor den Augen, sodaß sie sich auf einer Bank niederlassen mußte. Sie erholte sich aber bald, fuhr selbst nach Hause, wo im Bett nach etwa 3 Stunden Erbrechen auftrat. 3 Tage lang hat dann Pat. bei geringen Schmerzen leichte Arbeit verrichtet, brach aber am 30. 8. auf der Arbeitsstelle ohnmächtig zusammen. Zu Hause erfolgte nach einem vom Arzt gemachten Klystier — Pat. gab an 8 Tage keinen Stuhlgang gehabt zu haben — abermals Ohnmacht, worauf Überweisung ins Allerheiligen-Hospital erfolgte. Status: Körperlich gesunde Frau, Haut und Schleimhäute blaß, Herz und Lungen o. B.

Temp. 37,3°, Puls 95, dünn. Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Schulter.

Abdomen weich in den unteren Partien druckschmerzhaft. Die Portio ist von normaler Konsistenz, uterus anteflektiert beweglich, nicht besonders nach vorn gedrängt. Der Douglas ist stark schmerzhaft, leicht vorgewölbt, weich. Adnexe o. B. Die Punktion des Douglas ergibt dunkles Blut.

Unter der Diagnose intraabdominale Blutung wird zur Operation geschritten:

Mittelschnitt. Bereits nach Durchtrennung der Bauchdecken sieht man Blut-koagula durch das Peritoneum hindurchschimmern. Der Bauchraum wird geöffnet und erweist sich als ganz mit Blutkoagulis angefüllt, die im Douglas und zwischen den Därmen liegen. Beim Eingehen mit der Hand ist von einer Tubenschwangerschaft nichts zu fühlen. Die Adnexe lassen sich nur schwer vorwälzen. Das gelingt nach Anhaken des normal großen und richtig gelagerten Uterus. Auf der linken Seite ist die Tube zart und offen, das linke Ovarium zeigt an einer Stelle einen blutigen Riß, der aber möglicherweise artefiziell entstanden ist. Die rechte Tube ist verdickt und geschlängelt. Das rechte Ovarium ist stark vergrößert, vollkommen durchblutet und trägt eine reichlich kirschgroße offenbar einem Corpus luteum entsprechende Vorwölbung aus der Blut hervorsickert. Es ist mit der Tube durch dicke Verwachsungsstränge verbunden, die wie eine Membran über dem Ovarium liegen. Diese Verwachsungen müssen erst gelöst werden. Offenbar besteht auf der rechten Seite eine alte Adnexentzündung. Da jedoch auch in der rechten Tube eine Gravidität augenscheinlich nicht besteht, so wird angenommen, daß es sich um eine Ovarialgravidität oder um eine Corpus luteum-Blutung handelt. Es werden die rechten Adnexe in Toto nach Unterbindung des Spermatikalstiels abgetragen. Auch der intramurale Tubenabschnitt wird entfernt, da eine Salpingitis isthmica nodosa besteht. Die rechte Seite wird sorgfältig peritonisiert. Aus dem linken Ovarium wird die nächste Umgebung der Rißstelle exzidiert und das Ovarium sorgfältig vernäht. Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise.

Die makroskopische Betrachtung des bei der Operation gewonnenen Präparates zeigt das rechte Ovar mit der dicht am Uterus abgesetzten Tube. Diese ist geschlängelt, etwas verdickt und trägt ein gut ausgebildetes offenes Fimbrienende. Das pflaumengroße Ovar besteht fast vollständig aus einer dunkelblaurot gefärbten Zyste, der wie ein spitzes Hütchen der Rest des etwa mandelkerngroßen Ovariums

aufsitzt. Dieses fühlt sich derb an und trägt einige kleine bis linsengroße Zystchen, welche seine Oberfläche unregelmäßig vorwölben. Auf dem Durchschnitt findet man die Innenwand der großen Zyste reichlich zur Hälfte ausgekleidet von einer gelblich-braunen Schicht, die der nächsten aufliegt und sich von dieser unschwer ablösen läßt. Diese äußere Schicht ist dunkelgraurot gefärbt. Sie nimmt nach der Rißstelle hin immer mehr an Dicke ab bis sie zu einer dünnen Membran wird, an welcher Stelle schließlich der Durchbruch erfolgt ist. Von dem Ovar zur Tube ziehen weißlich gefärbte derbe Verwachsungsstränge, die zum Teil bei der Operation durchtrennt sind. Im Innern der Zyste findet sich ein freies Gewebestück, das ebenso wie Teile aus der Umgebung der Rupturstelle und aus der Tiefe der Zyste zur mikroskopischen Untersuchung kommt.

Das histologische Bild ergibt einmal nekrotisches von Fibrin und Blut durchsetztes Gewebe, das von einer aus typischen Luteinzellen bestehenden Schicht begrenzt ist, die sich an verschiedenen Stellen mehr oder weniger tief in die nekrotischen Massen einbuchtet. Ein anderer Ausschnitt aus der Tiefe der Zyste zeigt ebenfalls das Bild eines stark blutig durchsetzten Corpus luteum. Gewebsstückchen aus der Nähe der Rupturstelle bestehen histologisch aus einem zellreichen Bindegewebe, das von umfangreichen Blutextravasaten durchsetzt ist und weite prall gefüllte Bluträume enthält.

Die Luteinschicht ist vielfach von Blut durchtränkt. Sie bekleidet nur etwa zur reichlichen Hälfte die Zystenwand, während im übrigen Teil die darunter liegende Bindegewebsschicht unmittelbar die Begrenzung der Bluthöhle darstellt.

Offenbar erfolgte die Blutung aus den Kapillaren des bindegewebigen Teiles unter die Luteinschicht, sodaß diese zum Teil blutig imbibiert, zum Teil von ihrer Unterlage abgehoben ihrer Ernährung beraubt wurde und damit dem nekrotischen Zerfall anheimfiel. Aber auch die Luteinschicht selbst ist von strotzend blutgefüllten Kapillaren durchsetzt und man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß auch diese sich an der Blutung beteiligt haben. Die Tatsache, daß das Granulosa-Epithel auf weite Strecken gut erhalten ist, spricht dafür, daß es sich um eine sekundäre Zystenbildung durch die Tension des im Corpus luteum angesammelten Blutes handelt, da bei Luteincysten das Epithel bekanntlich fehlt.

Fall 2. Eine 14jähr. Virgo, die vor 14 Tagen die erste Periode gehabt hat, erkrankte plötzlich mit einem schockähnlichen Schmerz im rechten Unterbauch und wird vom behandelnden Arzt wegen Appendicitis ins Allerheiligen-Hospital eingewiesen. Bei der Untersuchung wird festgestellt, daß der ganze rechte Unterbauch bretthart ist. Die hauptsächlichste Schmerzhaftigkeit befindet sich ca. 3 Querfinger über der Symphyse und in der Gegend des Mac Burney'schen Punktes. Das Kind ist sehr blaß und macht einen schwerkranken Eindruck. Haemoglobingehalt des Blutes 84%, Leukocyten 11 000, Temp. 38°, Puls 112. Es wird die Diagnose einer akuten Appendicitis gestellt und das Kind sofort operiert. Bevor noch das Peritoneum geöffnet wird, kann man an der Spannung desselben auf eine starke Exsudatbildung im r. Unterbauch rechnen. Bei der Durchtrennung des Peritoneums entleert sich auch sofort eine reichliche Menge eines blutigen Exsudats. Die Appendix ist frisch entzündlich; keinerlei Verwachsungen. Appendektomie. Die Revision der r. Adnexe ergibt eine zarte Tube, die ebenfalls frisch entzündlich ist und ein etwas vergrößertes Ovar mit einer ca. 4 cm langen Rupturstelle, aus der es blutet. Die Übernähung und Deckung der Rupturstelle ist nicht ganz leicht, besonders da die Fäden immer wieder durchschneiden. Es gelingt aber, und die Blutung steht dann vollständig. Daher wird auch die Operationswunde primär geschlossen.

In der Rekonvalescenz primäre Heilung. Am 3. Tage post operationem setzt eine uterine Blutung ein, die 2 Tage anhält.

Wenn wir uns über den Entstehungsmechanismus der intraabdominalen Corpus-luteum-Blutungen klar werden wollen, so müssen wir die physiologischen Vorgänge betrachten, die mit der Reifung des Graafschen Follikels, der Ausstoßung des Eies und der Bildung des gelben Körpers verbunden sind. Man möchte annehmen, daß bei der Follikelberstung die erste Möglichkeit für das Entstehen einer intraabdominalen Blutung gegeben ist. Hier entsteht ja wirklich eine, wenn auch nur stecknadelkopfgroße Rißstelle, ein Defekt, der wenn auch klein, doch einen Blutaustritt im Gefolge hat. Wirklich sind auch Blutungen im Anschluß an die Ovulation beschrieben worden. Nach Runge ist in 2 Fällen beim Follikelsprung eine nahe der Oberfläche verlaufende Vene mit eingerissen und hat zu einer stärkeren Blutung Veranlassung gegeben. Die Mehrzahl der als Corpus luteum Blutung beschriebenen Fälle hat aber einen

anderen Verlauf genommen und mit dem Follikelsprung direkt nichts zu tun. Die Blutung in die freie Bauchhöhle ist nur als das letzte Glied in einer Entwicklung anzusehen, die mit der Ausbildung eines oft winzigen Haematoms im Corpus luteum beginnt. Den Ursprung dieser ersten Blutung verlegen Pfannenstiel und Stratz in die Schicht zwischen Teca externa und interna. Die prall gefüllten Gefäße der Theca interna reißen zum Teil ein und der entstehende Bluterguß wölbt die Granulosa vor, oft so weit, daß die Innenflächen des Granulosaepithels sich berühren. In diesem Stadium ist der Follikelinhalt nicht mit Blut gemischt. Meist aber hält die Granulosa dem Druck nicht stand und das Blut ergießt sich in das innere der Corpus-luteumhöhle. Wirken nun die Ursachen, die zur Hyperaemie und Zerreißung der Theca interna-Gefäße geführt haben, weiter ein, so kommt unter dem wachsenden Druck immer zunehmende Dehnung und damit Verdünnung der Zystenwand zustande, bis schließlich eine vielleicht geringfügige gelegentliche Druckerhöhung das Einreißen der papierdünnen Hülle herbeiführt. Cohn hält die Follikelsprungstelle, die nur durch Hervorwuchern der Granulosa, bestenfalls durch eine dünne aus der Albuginea stammende Schicht verschlossen ist für den Locus minoris resistentiae an dem der Durchbruch in die freie Bauchhöhle erfolgt. Bei der Nachuntersuchung von einigen hundert Eierstöcken hat Runge diese Ansicht Cohns nicht bestätigen können, vielmehr stets einen festen Verschluß der Follikelsprungstelle gefunden. In jedem Stadium der beschriebenen Entwickelung kann es zum Aufhören oder Nachlassen der Ursachen kommen, die zur Ovarialhyperamie geführt haben, woraus dann ein mehr oder weniger großes Ovarialhaematom resultiert, wie es als Nebenbefund häufig bei Operationen gefunden wird. (Walther.) Zwischen diesen Ovarialhaematomen und den intraabdominalen Blutungen besteht also nur ein gradueller, kein prinzipieller Unterschied. Es lassen sich demnach die bei der Untersuchung von Ovarialhaematomen gemachten Erfahrungen weitgehend auf die an Zahl naturgemäß wesentlich geringeren Beobachtungen von Corpus luteum-Blutungen in die freie Bauchhöhle in Anwendung bringen.

Fast alle Autoren, die sich bis jetzt mit den Corpus-luteum Blutungen beschäftigt haben, sind mehr oder weniger eingehend auf die Frage nach der Ätiologie der Blutungen eingegangen. Wenn auch eine restlose Klärung nicht erreicht worden ist, so besteht doch eine weitgehende Übereinstimmung insofern, als allen Momenten, die zu einer Hy-

peraemie der Genitalorgane führen, eine wesentliche Bedeutung beigemessen wird. Unter diesen ist zwischen allgemeinen und lokalen Ursachen unterschieden worden. Bereits frühzeitig hat Sauter auf allgemeine venöse Stauung bei Vitum cordis, Nephritis, Lungenemphysem usw. hingewiesen. Aber auch allgemeine Ernährungsstörungen, Infektionskrankheiten und Anaemie, ferner Posphor- und Bleivergiftungen, sowie ausgedehnte Verbrennungen können zu Hyperaemien führen, die ev. in Verbindung mit irgend welchen lokalen Ursachen lebensbedrohliche Blutungen zur Folge haben können.

Diese lokalen Faktoren sind ebenfalls in der Literatur eingehend besprochen. Es lassen sich unter diesen als eine größere Gruppe die mechanischen Abflußhindernisse abgrenzen.

Straßmann bespricht die anatomischen Verhältnisse, wonach den Ovarien das Blut durch zwei miteinander anastomosierende Arterien zugeführt wird, während die Venen ihren Abfluß nach dem Parametrium haben. Durch den Druck eines Tumors kommt nun häufig Kompression eines Astes zustande, woraus eine Adnexhyperaemie resultiert, die den Boden für die Ausbreitung der Blutung abgibt. Diese Ansicht hat auch Wolf bestätigen können, der unter 8 Ovarialhämatomen 4 mal Myombildung als Ursache gefunden hat. Nach Straßmann kommt auch der Retroflexio uteri eine besondere Bedeutung zu. Er hält die Drehung der Ligamenta lata, auf die zu wenig geachtet würde, für das Veranlassende. Walther kommt auf Grund seiner Beobachtung zu derselben Anschauung. Weiterhin kann auch die Aufrichtung einer Retroflexio zur Hämatombildung bezw. intraabdominalen Blutung führen, besonders wenn dieser Eingriff kurz vor oder während der Menstruation vorgenommen wird. (Straßmann, Hornung.) Sicherlich hat auch in unserem Fall 1 ein mechanisches Moment wesentlich zu der starken Hyperaemie beigetragen, indem die offenbar einer alten Adnexitis entstammenden Verwachsungsstränge den venösen Abfluß behindert haben. Dafür spricht auch die Beobachtung Runges, nach dem alle 5 Corpora Haemorrhagica aus der Zeit post menstruationem von Wallnuß- bis Taubeneigröße aus Organen stammten, die wegen chronisch entzündlicher Verwachsungen entfernt worden waren.

Häufig sind in der Literatur Fälle verzeichnet, in denen die Blutung direkt im Anschluß an Gelegenheitsursachen, wie ungewohnte Anstrengungen beim Heben von Lasten

oder Wäschewaschen, sowie durch Pressen beim Stuhlgang und nach dem Coitus zustande gekommen sind. (Lunzer, Weinbrenner, Kaboth, Zachert, v. Winiwarter u. a.) Lindig hat bei der mikroskopischen Untersuchung eindeutig eine Gefäßthrombose in der Nähe der Rißstelle als Ursache der Ruptur gefunden.

Außer den genannten zu lokaler Hyperaemie führenden Vorgängen, die sämtlich ins Reich des Pathologischen gehören, kommt eine besondere Bedeutung den cyklischen Veränderungen in der Durchblutung der Geschlechtsorgane zu. Bekanntlich besteht sowohl in der praemenstruellen Phase bezw. während und kurz nach der Menstruation eine erhebliche Hyperaemie ebenso wie etwa 14 bis 19 Tage nach den Menses, dem Zeitpunkt also, der nach den Untersuchungen von R. Meyer dem der Ovulation entspricht. Auf diese Menstruations- bezw. Ovulationshyperaemie ist schon von den ersten Beobachtern hingewiesen worden (Freund, Bürger, Weinbrenner u. a.). Wie bedeutungsvoll sie ist, lehrt dann auch deutlich die Zusammenstellung von Oing, die unter 41 Beobachtungen 19 mal in der praemenstruellen Phase, 12 mal zur Zeit der Ovulation den Beginn der Blutung gefunden hat. Ob Blutungen in das Ovarium allein auf dem Boden einer Menstruations-Hyperaemie zustande kommen können, oder ob diese erst durch eine der obengenannten Gelegenheitsursachen verstärkt werden muß, erscheint fraglich. Interessant ist in diesem Zusammenhange eine Zusammenstellung Runges, der Untersuchungen an 120 Eierstöcken vornahm und feststellte, daß in allen Ovarien die von noch menstruierenden Frauen stammten, stecknadelkopf- bis mandelgroße Blutungen vorhanden waren. Die Ovarien hingegen von Frauen, die sich bereits in der Menopause befanden, ließen nicht die geringsten Spuren von Blutextravasaten erkennen.

Ebensowenig wie nach dem Gesagten eine einheitliche Ursache für das Zustandekommen der Blutung verantwortlich zu machen ist, sowenig bestehen auch Sympthome, die eine klare Diagnosestellung ermöglichen. Vorläufig muß festgestellt werden, daß wir vor der Operation die Diagnose Corpus-luteum Blutung nicht stellen können, ja wir müssen zufrieden sein, wenn wenigstens die intraabdominale Blutung als solche erkannt worden ist. Meist ist sie dann mit Extrauteringravidität verwechselt worden, die ja unbestritten in den weitaus häufigsten Fällen die Ursache der inneren Blutung darstellt. Recht oft ist aber eine Verwechslung mit Appen-

dicitis zu verzeichnen, wohl deshalb, weil im Vordergrunde vielfach peritonitische Reizerscheinungen stehen, die in Verbindung mit Fieber und Druckschmerzhaftigkeit des Mac Burney sowie mehr oder minder ausgesprochener Défense muskulaire umso eher zur Fehldiagnose führten, als mangels jeden Hinweises auf Gravidität an die Möglichkeit der inneren Blutung nicht gedacht worden war. Ein Symptom kann vielleicht zur Abgrenzung gegenüber der Appendicitis verwertet werden: Das oft schlagartige Einsetzen der Schmerzen in Verbindung mit schwarz werden vor den Augen oder gar Ohnmacht. Der Beginn der Blinddarmentzündung pflegt doch meist wesentlich weniger stürmisch zu erfolgen.

Bis jetzt ist es nur 2 mal möglich gewesen, die Erkrankung richtig zu diagnostizieren. In beiden Fällen war aber richtungweisend einzig und allein die Tatsache, daß die betreffenden Frauen 11 bezw. 18 Monate vor dieser Erkrankung bereits wegen intraabdominaler Blutung zur Operation gekommen waren, als deren Ursache Corpusluteum Blutungen festgestellt wurden. Bei dem neuerlichen Auftreten derselben Sympthome auf der anderen Seite ohne Hinweis für das Bestehen von Gravidität lag es schließlich nicht allzufern, abermals an diese Erkrankung zu denken. (Korach, Gieles.)

Für die Therapie ist die exakte Feststellung der klinischen Diagnose glücklicherweise von untergeordneter Bedeutung. Ob eine Extrauteringravidität oder eine Appendicitis diagnostiziert worden ist, stets ist das Krankheitsbild derartig bedrohlich, daß es dringend zu baldiger Operation Veranlassung gibt. Nur kann leicht, wenn unter der Diagnose Appendicitis eingegriffen wurde, ein zweiter Bauchschnitt notwendig werden, zumal da mehrfach typische Druckschmerzhaftigkeit der rechten Seite bei Erkrankung des linken Ovariums gefunden worden ist. Viele Beobachter haben versucht mit exspectativer Therapie zum Ziele zu kommen, sind aber, mitunter erst nach Wochen durch die fortschreitende Anaemie doch noch zum operativen Eingreifen gezwungen worden. Ein längeres Abwarten erscheint deshalb unzweckmäßig, zumal dann, wenn die sozialen Verhältnisse möglichst baldige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als wünschenswert erscheinen lassen. Die Frage, ob das Ovarium immer geopfert werden muß, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Wenn, wie in unserem Fall 1 bereits tiefgreifende Veränderungen vorliegen

und nur ein kleiner Teil funktionstüchtiger Ovarialsubstanz vorhanden ist, dürfte die Exstirpation des ganzen Organs angezeigt sein.

Sicher ist aber, daß man bei kleineren Haematomen mit einer Teilresektion auskommen kann (Eick), ja daß bei geringen Veränderungen sorgfältiges Übernähen bezw. Umstechung der Rißstelle genügt (Korach, Völker, Pascher u. a.). Auch unser Fall 2 hat bei dieser Therapie einen durchaus normalen Heilungsverlauf zu verzeichnen, sodaß die Patientin bereits 14 Tage nach der Operation als geheilt entlassen werden konnte. In der Diskussion über den Fall Sudek betont allerdings Prochownik, daß es besser ist das Ovar zu entfernen, als die sehr difficile und nicht ganz zuverlässige Naht des Follikelbettes zu machen. Trotzdem ist besonders in der letzten Zeit vielfach ein mehr konservatives Verfahren geübt worden, ohne daß in der Rekonvaleszenz oder später Störungen irgendwelcher Art zu verzeichnen gewesen wären.

Bei der Betrachtung der Corpus-luteum Blutungen erscheint es zweckmäßig einen kurzen Rückblick auf die Anschauungen über die Genese der intraabdominalen Blutungen überhaupt zu tun. Während noch 1876 Dock die Haematocele retrouterina als ovariell bedingt ansieht und 14 entsprechende Fälle mitteilt, bei denen allerdings die Diagnose weder durch Operation noch durch Sektion bestätigt ist, sodaß ihnen keine große Beweiskraft zukommt, wird bereits 1884 von Veit die überwiegende Bedeutung der gestörten Extrauterin-Gravidität für das Zustandekommen dieser Erkrankung erwiesen. Die zahlreichen Operationsbefunde der folgenden Jahre haben diese Ansicht voll bestätigt, führten aber dazu die ektopische Schwangerschaft als die alleinige Ursache für intraabdominale Blutungen anzusehen. Dem trat zuerst Sauter entgegen als er unter 14 Fällen von Haematocele 7 mal als Ursache allgemeine venöse Stauung bei Vitium cordis, Nephritis, Lungenemphysem usw. nachweisen konnte. Freund berichtet 1901 und 1903 über 45 Fälle unter denen 9 mal die Diagnose Extrauterin-Gravidität zu unrecht gestellt war und Salpingitis chronica haemorrhagica, Haematosalpinx und Venenruptur intra coitum hätte lauten müssen. Er stellt deshalb die Forderung auf, daß die Diagnose ektopische Schwangerschaft nur dann gestellt werden dürfe, wenn durch die histologische Untersuchung foetale Elemente nachgewiesen sind. Genau den entgegengesetzten Standpunkt vertritt

Forssner, der sich 1916 scharf gegen die Lehre von der Corpus-luteum-Blutung wendet, indem er behauptet, daß der negative Befund selbst bei genauester histologischer Untersuchung von Serienschnitten nicht zu der Diagnose „Keine Schwangerschaft" berechtige. Forssner gründet seine Ansicht auf 2 beobachtete Fälle, von denen allerdings der eine nur sehr geringe Beweiskraft hat; denn er stellt eine intraabdominale Blutung aus einem Ovarium dar, das lediglich bei makroskopischer Betrachtung keine Schwangerschaftsprodukte zeigte, während schon die einfache histologische Untersuchung massenhaft foetale Elemente erkennen ließ. Hier handelt es sich demnach um eine klare Ovarialgravidität. Die hieraus abzuleitende Forderung könnte nur die sein, alle Fälle von Corpus-luteum-Blutungen mikroskopisch zu untersuchen. Aber auch der Fall 2 besitzt nicht die Bedeutung, die ihm vielfach beigemessen wird. Es erscheint nicht recht verständlich wie dieser als Corpus-luteum-Blutung angesprochen werden konnte, indem es heißt: „Bei der von Prof. Sjövall vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung, die jedoch nur an einem kleineren Teil des Präparates ausgeführt wurde, wurden keine Schwangerschaftsbestandteile gefunden und die Diagnose lautete mit erforderlicher Reservation wegen der unvollständigen Untersuchung: „Blutung aus einem Corpus-luteum", nachdem kurz vorher gesagt worden ist: „ . . . als Blutungsquelle fand man das linke Ovar. Dieses enthielt ein großes Corpus luteum, das nicht zerplatzt und nicht mit Blut gefüllt war. Neben diesen sich tief nach den zentralen Teilen des Ovariums hin erstreckend fand sich eine Blutung . . . ". Da also demnach eine Corpus-luteum-Blutung nicht in Frage kam, blieb kaum etwas anderes als die Annahme einer Ovarialgravidität übrig. Interessant bleibt freilich die Tatsache, daß bei Serienschnittuntersuchung des Ovariums nur ein einziger Villus gefunden wurde. Sicherlich kann aber dieser eine Fall nicht genügen, um die ganze Lehre von den Corpus-luteum-Blutungen ins Wanken zu bringen.

In neuster Zeit hat Traugott das Bestehen von Corpus-luteum Blutungen in Abrede gestellt. Bei der Operation einer intraabdominalen Blutung fand er das linke Ovar in eine hühnereigroße Zyste verwandelt, die aus einer ca. 3 mm großen Öffnung deutlich zu bluten schien und in der Bauchhöhle ein Eichen in seinem Zottenpelz mit Chorionzotten, Fetzen von Dezidualgewebe und angelagert an beides kleine Stückchen Tubenschleimhaut. Aus diesem Befunde folgert Traugott, daß zum Ausschluß der Schwangerschaft

nicht nur die mikroskopische Untersuchung des Ovariums, sondern auch beider Tuben ev. an Serienschnitten erforderlich sei. Der beschriebene Fall weicht aber doch in einigen Punkten von den als Corpus-luteum-Blutungen beschriebenen Fällen ab. Einmal läßt er deutlich Amenorrhoe erkennen. In der Anamnese heißt es nur „klagt über Schmerzen im Unterleib". Es fehlt also ganz der bei Corpusluteum-Blutungen so typische plötzliche Beginn, der eher an eine Tubenruptur als an einen mit Tubenwehen einhergehenden tubaren Abort denken läßt.

Der wesentlichste Beweis für das Bestehen von Corpusluteum-Blutungen scheint aber durch diejenigen Fälle erbracht zu sein, in denen Frauen mit virginellem Genitale davon betroffen worden sind. Es ist zwar Forssner recht zu geben, wenn er sagt, daß auch bei erhaltenem Hymen eine Schwangerschaft bestehen kann. Daß aber eine solche vorliegt, muß umso zweifelhafter erscheinen je häufiger dieses Ereignis beobachtet wird. Außerdem ist nicht zu vergessen, daß es sich nicht nur um den an sich seltenen Fall des Eintritts einer gewöhnlichen Schwangerschaft bei einer Virgo handeln kann, sondern daß sogar eine Ovarial-Gravidität vorliegen müßte, die ebenfalls für sich allein schon eine Rarität darstellt. Da nun heute — unseren Fall 2 eingeschlossen — nicht weniger als 9 Fälle von Corpusluteum-Blutungen bei Frauen mit erhaltenem Hymen beobachtet worden sind, so muß es wohl als äußerst unwahrscheinlich gelten, daß es sich dabei um Eierstocksschwangerschaften gehandelt haben sollte.

Zum Schluß danke ich dem Referenten, Herrn Prof. Hannes, für die freundliche Überlassung der Arbeit, sowie für gütige Unterstützung bei ihrer Fertigstellung und Durchsicht, ferner Herrn Prof. Fraenkel für Übernahme des Correferats.

Literatur-Verzeichnis

1. F. Adams: „Blutung aus einer Corp. lut. Zyste". Britisch. med. journ. 1913. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1913 Nr. 33.
2. Fr. Beck: „Ein Beitrag zu den intraabdominellen Blutungen aus den Ovarien (Corp. lut.). Zentr. Bl. f. Gyn. 1926 Nr. 31.
3. P. Berg: „Zwei Fälle von außerordentlich starken Blutungen in der Bauchhöhle". Diss. Breslau 1920.
4. H. Bookmann Milton: „Bericht über einen Fall von Ruptur d. Corp. lut. m. intraperitonealer Blutung." Amer. journ. of. obst. and. dis. of. w. andchildren 1914. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1915. Nr. 2.
5. A. Bochkos: „Fall von Verblutung aus der Ruptur einer Corp. lut. Zyste." Oroosi Hetilab 1925 Nr. 9. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1926 Nr. 48.
6. W. Boss: „Intraabdominelle Blutung unter dem Bilde einer Appendicitis." Berl. Kl. Wochenschr. 1921 Nr. 40.
7. Bürger: „Zur Kenntnis der Ovarialblutungen." Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gyn. 1904, Bd. 51, S. 289.
8. Franz Cohn: „Über die Corp. lut. u. den atretischen Follikel des Menschen u. deren zystische Derivate." Arch. f. Gyn. Nr. 87. 1909.
9. Cooke, B., H.: „Bemerkungen über intraperitoneale Blutungen, ausgehend v. d. weibl. Beckenorganen, die von Blutungen bei Extrauterin. Gravid. nicht zu unterscheiden sind." Un. of. Penna. Med. Bull. 1909, Nr. 9. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1911, S. 947.
10. Dolynsky M. u. Benzion: „Ein Fall von lebensbedrohlicher Corp. lut. Blutung bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Gravidität." Zentr. Bl. f. Gyn. 1926, Nr. 2.
11. Engström: „Zur Entstehung von großem intraperitonalem Bluterguß bezw. von Haematocele durch Blutung aus einem Corp. lut."

12. E. Eick: „Corp. lut. Blutung unter dem Bilde der Appendicitis." Zentr. Bl. f. Chir. 1924, Nr. 10.
13. Forssner Hj.: „Können große intraperitoneale Blutungen aus Graaf'schen Follikeln oder Corp. lut. Bildungen ohne Vorhandensein von Schwangerschaft entstehen?" Arch. f. Gyn. 1916, Bd. 105.
14. Freund H.W.: Verhandlung der Deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie IX. Gießen 1901.
Derselbe: Verhandlung der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. X Würzburg 1903. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1903, S. 853.
15. Gabriel, A.: „Über die Entstehung der Haematocele retrouterina aus Ovarialblutungen." Arch. f. Gyn. 1901, Band 64, Seite 449.
16. Hedde: Über Ovarialblutungen, speziell über Blutungen aus den Corpus-luteum. Diss. Freiburg 1913.
17. Hellenadall, H.: „Beitrag zur Klinik der Corp. lut. Blutungen." Zentr. Bl. f. Gyn. 1926, Nr. 11.
18. Hornung, R.: Bericht aus der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Leipzig 1923. Zentr. Bl. f. Gyn. 1924, Nr. 10.
19. Kaboth, Georg: „Lebensbedrohliche Blutung aus dem Corp. lut." Arch. f. Gyn. Bd. 121. (1924.)
20. Korach: „Appendicitis u. Ovarialblutungen". Münch. Wochenschr. 1925, Nr. 29.
21. Kranzfeld, M.: „Intraabdominale Blutung aus d. Corp. lut.". Schweiz. med. Wochenschr. 23, Nr. 30. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 26, Nr. 48.
22. Lindig, Paul: „Eine histologische Studie über das Wesen ovarieller Blutungen". Zentr. Bl. f. Gyn. 1921, Nr. 33.
23. Lunzer, W.E.: „Vorgetäuschte Extrauterin Grav. gleichzeitig ein Beitrag zur Corp. lut. Zystenblutung". Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1909, S. 404. Zeitschr. f. Heilkunde 1907, Heft 6.
24. Marcotty: „Über Corp. lut. menstruationis u. graviditatis". Arch. f. Gyn. Bd. 103 (1924).
25. Muhl, A.: „Zur Kasuistik d. Corp. lut.-Blutungen". Zentr. Bl. f. Gyn. 1929, Nr. 37, S. 2350.
26. Nowak, E.: „Haematom d. Ovar. mit Einschl. d. Corp. lut.". John, Hopkins Hosp. Bull. Vol. XXVIII Nr. 321. Ref. Zentr. Bl. Gyn. 1921, Nr. 32.
27. Oing, Mary: „Lebensbedrohliche Blutung aus dem Corp. lut.". Zentr. Bl. f. Gyn. 1927, Nr. 36.

28. Phaneuf, L. I.: „Intraperit. Blutung nach Ruptur einer Follikelzyste". Journ. of. the amer. med. assoc. Bd. LXXIII. S. 658. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1925, Nr. 35, S. 1998.
29. Pascher, M.: „Bedrohliche intraabdominelle Blutungen aus den Ovarien". Zentr. Bl. f. Gyn. 1928, Nr. III.
30. Runge, H.: „Untersuchungen über Ovarialhaematome". Arch. f. Gyn. Bd. 116 (1923).
31. Sauter: „Über Haematocele pelvis bei Hyperaemia mechanica universalis und ihre Folgezustände". Zeitschr. f. Heilkunde, Bd. XXI, Heft 7. Ref. Zentr. Bl. f. Gyn. 1901, S. 525.
32. Strassmann: „Über Eierstocksblutungen". Gesellschaft f. Gebh. u. Gyn. zu Berlin, 1917. Berl. Kl. Wochenschr. 1917, Nr. 23.
33. Sudek: „Über vorgetäuschte Extrauteringravidität durch Blutung aus einem Follikel gelegentlich der Ovulation". Münch. Med. Wochenschr. 1907, Nr. 28.
34. Traugott, M.: „Blutung et ovario oder Extrauterin-Grav.". Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 72 (1926).
35. Urban, Karl: „Zwei Fälle von fast tödlicher intraabdominaler Blutung aus der Corp. lut.". Wien. Med. Wochenschr. 1917, Nr. 11.
36. Völker, E.: „Zwei Fälle als Beitrag zur Corp. lut.-Blutung". Zentr. Bl. f. Gyn. 1927, Nr. 26.
37. O. Walther: „Ein Fall von Haematocele retront., verursacht durch Corp. lut. Blutung". Med. Klin. 1925, Nr. 3, S. 92.
38. Weinbrenner, C.: „Über vorgetäuschte Extrauterinschwangerschaft, zugleich ein Beitrag zu den Corp. lut.-Blutungen". Mschr. f. Gebh. 1906, Nr. 24, S. 332.
39. Wolf: „Über Haematoma ovarii & Ovarialhaematome. Diss. Gießen 1908. Arch. f. Gyn. 1908, Nr. 84.
40. Zachert, H.: „Innere Blutungen infolge Ruptur eines Corp. lut.". Arch. f. Gyn. Bd. 119 (1923).
41. Zimmermann, Karl: „Über intraabdominelle Blutungen aus den Genitalorganen der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen aus den Ovarien". Diss. Freiburg 1912.

.....

Lebenslauf

Ich, Albert, Julius, Josef Züllich, katholisch, bin geboren am 10. Juni 1895 zu Münster in Westph. als Preuße und Sohn des Ingenieurs Albert Züllich und seiner Ehefrau Maria, geb. Flach.

In Breslau besuchte ich die Volksschule, das St. Matthiasgymnasium, die Vorbereitungsanstalt des Dr. Gudenatz, ferner in Lissa in Pos. das Kommeniusgymnasium.

Von da trat ich Anfang August 1914 beim Feldartillerieregiment 56 als Kriegsfreiwilliger ein und kam im November desselben Jahres nach Rußland ins Feld. Im September 1917 wurde ich zum Leutnant der Reserve befördert. Den Krieg habe ich in Rußland, Rumänien und Frankreich mitgemacht.

Ich wurde zweimal verwundet und erhielt das E. K. II.

Im Dezember 1918 wurde ich aus dem Heeresdienst entlassen.

Nach Besuch eines Kriegsteilnehmerkursus am hiesigen St. Johannesgymnasium bestand ich im Dezember 1919 die Prüfung der Reife. Darauf war ich 8 Semester auf der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau als Medizinstudierender immatrikuliert.

Im Juli 1921 habe ich die ärztliche Vorprüfung, im Dezember 1923 die ärztliche Prüfung bestanden. Nach Ableistung des praktischen Jahres ($^1/_2$ Jahr als Kriegsteilnehmer) erhielt ich im Juli 1924 die Approbationsurkunde und habe mich darauf im Dezember 1924 in Gr. Ujeschütz Kr. Trebnitz als prakt. Arzt niedergelassen. Im November 1929 habe ich die Praxis in Schawoine Kr. Trebnitz übernommen.

Albert Züllich.

.....